

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

23

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Eugène-Léon-Daniel DEBON

Né à Fougerolles-du-Plessis (Mayenne), le 10 mai 1899
Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES RAPPORTS DE

L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

ET DE LA GESTATION

Président : M. JEANNIN, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^e ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

22

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Eugène-Léon-Daniel DEBON

Né à Fougères-du-Plessis (Mayenne), le 10 mai 1899

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES RAPPORTS DE

L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

ET DE LA GESTATION

Président : M. JEANNIN, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^e. ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

LE PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale.	{ CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance].	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	{ DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TRIEREN.
Clinique arologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médical.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIERE Chimie biologique.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC. Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimental¹⁰
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique.
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . . Pathologie chirurgicale
 MERCIER (F.). Pharmacologie.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 MULON. Histologie.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. Anatomie.
 PHILIBERT. . . Bactériologie.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils. . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. Ophthalmologie.
 VERNE. Histologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUENIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.

MM.

RETTERRER. . Histologie.
 ZIMMERN. . . . Physique.
 N. Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
 AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
 LE LORIER. . Clinique obstétricale.

MM.

LERI Clinique médicale.
 MOCQUOT . . Clinique chirurgicale
 PROUST . . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.		Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE PROFESSEUR JEANNIN

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur de l'hôpital de la Pitié

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

A NOTRE CHER MAITRE

M. LE DOCTEUR LEVANT

Accoucheur de la Charité

Auquel nous sommes heureux de pouvoir exprimer nos profonds sentiments de gratitude et de très respectueuse affection.

C'est lui qui nous a inspiré l'idée de cette thèse et qui nous a guidé de ses conseils précieux pendant la rédaction de ce travail.

Il nous est bien agréable aussi de lui témoigner combien nous avons été sensible à son exquise bienveillance durant notre année d'Internat provisoire et de lui offrir nos remerciements pour le parfait enseignement qu'il a su nous donner.

A M. LE DOCTEUR LAUBRY

Médecin de Hôpitaux de Paris

*Dont nous sommes particulièrement fier
d'avoir été l'élève pendant deux années.*

*En témoignage de notre respectueuse
admiration, en témoignage aussi de tout ce
qu'un de ses élèves peut lui garder de recon-
naissance pour son inoubliable exemple et
pour son inoubliable enseignement.*

A NOS MAITRES

DURANT NOTRE PREMIÈRE ANNÉE DE MÉDECINE
A L'ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE RENNES

(ILLE-ET-VILAINE)

M. LE DOCTEUR LE DAMANY

Professeur de Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu

M. LE DOCTEUR LE MONIET

Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Hôtel-Dieu

*Dont nous apprécions toujours la méthode
qu'ils ont su nous donner au début de notre
carrière médicale.*

*En témoignage de notre profonde recon-
naissance.*

A MON PÈRE (*in memoriam*)

A MA MÈRE

En témoignage de ma filiale vénération.

A MES SŒURS ET A MES FRÈRES

A MON ÉPOUSE

A SA MÈRE

A LA CHÈRE MÉMOIRE DE SON PÈRE

M. LE DOCTEUR ARSÈNE LAURENT

A NOS ENFANTS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE BÉNIE DE MON AMI

FRÈRE MARIE-YVES POUSSIN

Religieux Convent O. C. R.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES RAPPORTS DE
L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE
ET DE LA GESTATION

INTRODUCTION

Au cours de notre année d'Internat provisoire, en 1928, à la Maternité de l'hôpital de la Charité, dans le service de Monsieur le Docteur Levant, il nous a été donné d'observer deux cas d'encéphalites léthargiques chez des femmes enceintes.

Ayant été amenés, à cette occasion, à consulter les travaux qui avaient antérieurement traité cette question des rapports de l'encéphalite et de la gestation, nous n'avons trouvé aucun ouvrage où l'ensemble des problèmes posés ait été résumé de façon complète. Par contre, il existe d'excellentes thèses, qui se sont attachées à un point particulier, telle la thèse d'Allard, où se trouve étudiée la question des rapports de l'encéphalite épidémique et des chorées gravidiques, telle la thèse de Poligone en 1926 qui précise les indications thérapeutiques.

C'est pourquoi sur les conseils de notre cher

Maître, M. le docteur Levant, nous avons cru pouvoir entreprendre ce travail.

Les rapports de l'encéphalite et de la gestation ont été étudiés d'une façon générale et notre but a été moins de discuter ces rapports que d'en dégager les grandes lignes et d'essayer de les rattacher à ce chapitre de la pathologie générale « Maladies infectieuses et gestation ».

Bien que nos conclusions soient conformes aux conclusions rencontrées sur ce même sujet au cours de nos recherches il est certains points sur lesquels il nous a paru bon d'insister.

Ainsi au chapitre de l'étiologie l'importante question du rôle prédisposant de la grossesse envers l'encéphalite a été particulièrement discutée.

Enfin nous apportons deux observations nouvelles d'encéphalite léthargique au cours de la gestation dont nous voulons ici dégager l'intérêt particulier.

Bien que dans les deux cas les examens histologiques du névraxe n'aient pu être pratiqués il semble certain que ces deux névraxites aiguës mortelles survenues chez des femmes au cours d'une gestation soient attribuables à l'encéphalite

Notre observation n° 2 met en évidence le rôle de la grossesse dans le réveil des formes prolongées de la maladie. Les commémoratifs font défaut dans notre observation n° 1 où la femme fut amenée à l'hôpital dans le coma, mais il est permis de supposer que la gestation n'avait pas agi autrement qu'en

réveillant une encéphalite éteinte en apparence. Car comment expliquer autrement ces deux cas sporadiques d'encéphalite lithargique aiguë observés l'un et l'autre au cours de la puerpéralité en 1928. Ces observations enfin sont encore intéressantes à d'autres points de vue. Tout ce qui avait été décrit au sujet des rapports de l'encéphalite et de la grossesse s'y trouve d'une façon particulièrement nette.

C'est ainsi que nous y retrouvons le rôle d'aggravation joué par la grossesse dans l'évolution d'une encéphalite, le coup de fouet donné à la maladie par la grossesse.

C'est ainsi que d'autre part nous voyons le rôle néfaste de l'encéphalite sur la grossesse dans notre observation n° 1 où la femme accouche au sixième mois d'un macéré.

Enfin nous sommes heureux, au début de ce travail, d'exprimer notre reconnaissance et d'offrir nos remerciements à M. le Dr Babonneix, qui avec une si parfaite obligeance, a bien voulu nous éclairer de ses précieux conseils dans nos recherches sur les rapports de l'encéphalite et des chorées gravidiques, et mettre à notre disposition ses trésors bibliographiques.

Nous prions aussi notre ami le docteur de Sèze, Interne des Hôpitaux de Paris, d'agréer nos remerciements pour son aimable collaboration dans la rédaction de l'observation n° 2.

HISTORIQUE

Il faut arriver aux années 1920 et 1921 pour trouver les premiers travaux sur les rapports de l'encéphalite léthargique et de la gestation.

A cette époque, sont publiées un certain nombre d'observations de cas d'encéphalite léthargique ayant évolué chez la femme enceinte et le premier travail d'ensemble traitant de la question est donné le 4 juin 1921 par Ricardo Jorge dans le *Paris Médical*.

Ce travail est intéressant par une statistique qui montre l'aggravation de la maladie causée par la grossesse. Au lieu de 30 % de décès dûs à l'encéphalite, l'auteur indique 60 % quand cette encéphalite survient chez une femme enceinte.

Très tôt également les indications thérapeutiques se trouvent fixées et l'aggravation de la maladie, du fait de l'accouchement et du fait de toute intervention obstétricale, se voit déterminée.

Signalons à ce sujet en 1920 les deux observations de Marinesco, où, dans le premier cas, la mère meurt huit jours après l'accouchement, dans le second cas, deux jours après une césarienne.

Signalons encore une observation du professeur Couvelaire et de Trillat, présentée à la Société d'Obstétrique en février 1920, où la femme meurt au lendemain d'un avortement thérapeutique.

En Angleterre, Bright Banister publie dans *The Lancet* (5 mars 1921) l'observation d'une femme qui meurt trois jours après un accouchement prématuré provoqué.

Aussi, les thèses de Fabre en 1921 et de Jandot dit Danjou en 1922, à Montpellier, sont-elles unanimes à conseiller l'abstention.

Cette conclusion se trouve d'ailleurs confirmée dans tous les travaux postérieurs.

En 1920 prennent place les importants travaux de Levaditi et Harvier sur la transmission placentaire du germe de la maladie. Ces travaux montrent que le cerveau des fœtus morts-nés sont virulents et à l'occasion de la communication de Mercier, Andrieux, et Mlle Bonnaud à l'Académie de médecine en Mai 1921 on admet que la transmission placentaire est possible quoique non constante, que cette transmission se fait par voie transplacentaire.

Il faut également signaler en 1921 les travaux de Netter, Césariet Durand qui démontrent l'élimination du virus par la salive. A cette époque la question de l'élimination par le lait se trouve posée et en 1923 une observation de Klippel et Baruk paraît confirmer cette hypothèse. Néanmoins la virulence du lait n'est pas démontrée et les troubles qui ont été obser-

vés chez l'enfant peuvent être attribués à une simple élimination de toxines.

En 1924 une très intéressante observation de Daurhig et Becuwe semble démontrer le rôle positif de la puerpéralité dans le réveil des formes prolongées de l'encéphalite.

La question du rôle de l'encéphalite dans l'étiologie des chorées en général est agitée en 1920, et en cette même année la notion des rapports de l'encéphalite et des chorées gravidiques est posée à la Société médicale des Hôpitaux, par Lereboullet et Mouzon (séance du 19 mars 1920, obs. que nous avons reproduite (n° 11).

Une thèse très intéressante d'Allard en 1921 reprend cette question des chorées gravidiques et montre le rôle vraisemblable de l'encéphalite dans les chorées gravidiques qu'il qualifie de primitives.

Tels sont les différents problèmes que pose la coexistence de l'encéphalite et de la puerpéralité et que nous avons voulu grouper dans ce modeste travail. La dernière thèse sur ce sujet est une thèse de Poligone présentée à Paris en 1926.

ÉTIOLOGIE

La femme enceinte est-elle du fait de sa grossesse prédisposée à l'encéphalite léthargique ?

Cette question est importante et domine l'étude des rapports étiologiques entre l'encéphalite et la grossesse.

Si on s'en tient aux statistiques et à la physionomie générale de l'épidémie de 1919-1921, la grossesse ne semble pas prédisposer particulièrement à cette maladie. En effet nulle part on ne trouve signalé que cette épidémie ait sévi dans les Maternités. Nulle part non plus on ne relève les cas de contagion directe chez la femme enceinte.

A première vue donc il semble que l'encéphalite léthargique doive être considérée comme les autres maladies infectieuses dont il est dit dans les ouvrages classiques :

« Qu'elles ont vis-à-vis de la grossesse un caractère accidentel et qu'il ne semble pas que la grossesse donne à la femme une réceptivité particulière vis-à-vis des maladies infectieuses. »

« On peut affirmer hardiment, dit Stolz, que les modifications de l'économie pendant la grossesse

ne prédisposent pas aux maladies ordinaires. On n'a pas vu, *en temps d'épidémie même*, que les femmes enceintes, fussent plus prédisposées à contracter la maladie régnante que d'autres personnes. Mais la grossesse n'est pas non plus un préservatif ; la femme grosse peut contracter des maladies comme une autre personne (1). »

Cependant, si on fait abstraction de cette notion de pathologie générale et qu'on envisage uniquement le cas particulier de l'encéphalite, on est obligé d'admettre toute une série de restrictions.

D'abord pour pouvoir nier de façon absolue le rôle prédisposant de la grossesse, il faudrait que la question du mode de contagion et de transmission humaine de l'encéphalite soient déterminés. Or si on étudie cette question on voit qu'elle est loin d'être résolue et qu'elle demeure encore dans le domaine des hypothèses. Si, à la suite des travaux remarquables de Levaditi et Harvier on sait à l'heure actuelle que cette maladie est due à un virus filtrant, que ce virus filtrant neurophile, inoculable au lapin au niveau de la cornée, est distinct des virus neurophiles voisins. Il n'en demeure pas moins vrai que ce sont de simples hypothèses qui expliquent la transmission humaine de ce virus et l'allure épidémiologique de la maladie.

Netter a étudié cette question de la contagion et

1. Stolz, *Nouveau dictionnaire de méd. et de chir. pratique*. Art. grossesse, t. XVIII, p. 1873.

il a noté la rareté des cas de contagion directe de la maladie et le caractère clairsemé de l'épidémie.

D'autre part, ce même auteur avec MM. Césari et Durand a démontré la virulence de la salive d'un lapin inoculé et mieux, la persistance de la virulence de cette salive quinze mois après l'apparition des premiers symptômes.

Sur ces faits repose l'hypothèse très vraisemblable du mode de transmission de la maladie par la salive avec localisation primitive du virus dans le rhinopharynx d'individus porteurs de germes. Pourquoi certains de ces porteurs de germes reproduisent-ils la maladie ? Et justement chez une femme porteuse de ce germe une gestation n'est-elle pas susceptible de jouer la rôle de cause déclanchante ?

C'est là une simple question et ceci le demeurera tant que ce mode de transmission de la maladie ne sera qu'une pure hypothèse.

Néanmoins, il est un fait que l'on trouve admis par tous les auteurs et qui pourrait venir appuyer cette thèse du rôle prédisposant de la grossesse envers l'encéphalite. Ce fait est le suivant. La grossesse peut réveiller une encéphalite léthargique terminée en apparence.

Mlle Lévy dans sa thèse appuie même sur ce fait, qu'elle considère comme démontré, la persistance prolongée du virus de la maladie chez un individu qui a présenté une première atteinte évolutive de la maladie.

Dans les multiples observations que nous avons

consultées nous avons cherché dans quelle mesure il fallait admettre cet argument comme vérifié et nous avons groupé trois ordres de faits :

1. — Des observations indiscutables où les conditions suivantes soient réalisées : première atteinte évidente d'encéphalite suivie de guérison apparente, deuxième atteinte aiguë survenant au cours d'une grossesse.

A vrai dire nous n'en avons relevé qu'un seul cas.

C'est le cas de Dauhiring (1).

A la fin d'une grossesse normale une femme présente une encéphalite léthargique aiguë. Elle accouche normalement. Les suites de couches sont normales. L'encéphalite s'apaise et guérit.

Quelques mois plus tard cette femme est à nouveau enceinte et au 8^e mois une nouvelle poussée d'encéphalite aiguë détermine sa mort.

2. — Des observations qui, sans avoir ce caractère d'absolue certitude peuvent être admises cependant. Dans toutes ces observations la première atteinte aiguë de la maladie a été reconstituée seulement à l'interrogatoire Mlle Lévy a groupé dans sa thèse dix-sept cas analogues sur 77 cas de manifestations tardives de l'encéphalite qu'elle a étudiés.

Notre observation n° 2 rapporte également le cas d'une femme morte au cours d'un épisode d'encéphalite léthargique aiguë survenu en 1928 à l'occa-

1. Dauhiring et Becuwe, *Réveil d'une encéphalite épidémique provoquée par une grossesse*. Soc. de Méd. du Nord, fév. 1924.

sion d'une grossesse, épisode au cours duquel réapparaît un nystagmus ayant déjà existé dans l'enfance.

3. — Des observations négatives, où chez une femme ayant eu autrefois une encéphalite léthargique la grossesse n'a déterminé aucun réveil de la maladie.

Tel est le type de l'observation n° 12 que nous empruntons à MM. Guillain et Gardin (1), où une malade atteinte d'un Parkinson consécutif à une encéphalite aiguë accouche normalement et nourrit son enfant sans voir survenir un réveil de son encéphalite.

Il nous paraît donc hors de doute que la grossesse puisse réveiller une encéphalite léthargique chez une femme en ayant eu autrefois une première atteinte. Ce fait est susceptible d'expliquer pourquoi en dehors des épidémies les cas sporadiques d'encéphalite aiguë que l'on observe soient observés chez des femmes enceintes. Nous apportons deux observations à l'appui.

Ce fait d'autre part peut à notre avis nous faire admettre que la grossesse, contrairement aux autres maladies infectieuses, prédispose à l'encéphalite.

Enfin comme corollaire on peut dire que la grossesse est une véritable pierre de touche de la guérison définitive d'une encéphalite.

1. Guillain et Gardin, *Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, t. 37, n° 31, p. 1417.

PATHOGÉNIE

La question de la transmission placentaire du virus de l'encéphalite a été très étudiée.

En 1920 elle donnait lieu aux importants travaux de Levaditi et Harvier et ces auteurs concluaient à l'absence du virus de la maladie dans le torrent circulatoire maternel et dans le placenta.

Cette transmission transplacentaire demeure néanmoins vraisemblable et elle s'appuie sur les données suivantes :

1. — Des données cliniques. Il s'agit d'observations d'enfants ayant présenté après leur naissance des troubles analogues à ceux de l'encéphalite.

De telles observations sont rapportées dès 1919 par Harris (1), où cet auteur signale qu'une femme à terme ayant été prise de la maladie au voisinage du terme, accouche d'un enfant vivant qui présente de la somnolence. Au bout de quelques jours d'ailleurs la mère et l'enfant guérissent.

Dans un cas de Novaës et Sousa l'enfant a présenté des myoclonies pareilles à celles de la mère.

1. Harris, *48 th. annual report to the local Govern. Board on public health and med. subjects*, 1918-1919.

Même observation rapportée à l'Académie de Médecine en 1924 par Mercier, Andrieux et Mlle Bonnaud, où un nouveau-né à terme, né d'une mère atteinte d'encéphalite léthargique a présenté dès la deuxième semaine de sa vie, une forme d'encéphalite atténuée du même type clinique que celle de sa mère. La guérison est survenue en l'absence de tout traitement.

2.— Des données anatomiques. Le cas type est rapporté par Bignami, cité dans l'ouvrage de M. le Professeur Achard. Sur le fœtus d'une femme enceinte morte d'encéphalite on a trouvé le cerveau congestionné, mais sans lésions périvasculaires caractéristiques.

Cependant l'absence de lésions n'exclut pas la présence du virus dans l'organisme du fœtus.

3.— Des données biologiques. Ce sont elles en effet qui ont permis d'affirmer le passage du virus au travers du placenta.

Levaditi, Harvier, Nicolau ont reproduit la maladie chez le lapin en inoculant le cerveau d'un fœtus mort-né et sans lésions caractéristiques de l'encéphalite.

Ceci prouve la réalité de la transmission placentaire du virus, ce qui n'exclut pas le passage des toxines.

Ceci montre en outre que l'encéphalite agit sur le fœtus comme le fait la fièvre typhoïde en reproduisant chez celui-ci une maladie différente de celle de la mère.

L'élimination du virus de l'encéphalite par la salive ayant été démontrée, il était logique que par analogie on étudie son élimination par le lait.

Aucune démonstration expérimentale n'a été faite de la question ; il existe uniquement une observation de Klippel et Baruk qui semble devoir confirmer cette hypothèse (1).

Au 8^e mois de sa grossesse une femme est atteinte d'encéphalite léthargique.

Elle accouche normalement, à terme. L'enfant pèse 4.250 grammes à la naissance. Il est mis au sein au bout de quelques jours. C'est alors qu'on observe les troubles suivants. Somnolence continue et par moment l'enfant devient inerte. Malgré cet état les tétées peuvent être prises régulièrement.

Tous ces phénomènes disparaissent dès que l'enfant est mis au biberon.

Revu à l'âge de trois ans cet enfant allait bien.

Cette observation est la seule que nous ayions pu relever. Là encore il est certain que le seul passage des toxines est susceptible de déterminer les troubles observés, mais il est très vraisemblable qu'il se fait également par le lait une élimination du virus maternel.

1. Klippel et Baruk, *Enc. lith. et grossesse*. Etat du nouveau-né R. N., 1923, p. 383.

SYMPTOMES

La grossesse est-elle susceptible de déterminer des modifications dans la symptomatologie de l'encéphalite ?

La grossesse favorise-t-elle l'apparition de telle ou telle forme symptomatologique ?

Ces deux questions nous ont amené à examiner à ce sujet les multiples observations d'encéphalite que nous avons retrouvées au cours de la gestation.

Nos conclusions sont que l'encéphalite garde au cours de la puerpéralité l'allure symptomatique qu'elle aurait en dehors de cet état physiologique.

Une thèse, celle de Poligone en 1926 vise à :

« Un essai de classification basé sur le mode de début de la maladie au cours de la grossesse, sur son allure à la période aiguë, sur sa durée et sa terminaison ».

L'intérêt de cette thèse vient de ce que justement nous y avons retrouvé toute la nomenclature des formes cliniques décrites de l'encéphalite que l'auteur signale avoir retrouvées au cours de la puerpéralité.

— Forme hypnique.

— Forme à type de confusion mentale.

— Forme avec prédominance des troubles oculaires.

— Forme avec nystagmus.

Une large part est faite aux formes avec syndrome excito-moteur.

Mais il est dommage que la question des chorées gravidiques n'ait pas été plus développée.

C'est à cette question que nous voulons donner quelque développement. Quelle est la part de l'encéphalite léthargique dans l'étiologies des chorées gravidiques ?

Nous avons eu pour nous aider dans cette étude la thèse d'Allard en 1920 inspirée par M. le Professeur Couvelaire et surtout le travail magistral du Docteur Babonneix sur les chorées.

Le syndrome choréique est défini cliniquement par des contractions musculaires spontanées, involontaires, irrégulières et arythmiques, illogiques, brusques, rapides, brèves, impulsives pouvant intéresser partie ou totalité de la musculature volontaire.

Ces contractions musculaires sont remarquables par leur variabilité continue, par leur tendance à se généraliser, par leur amplitude considérable.

Ce syndrome anatomiquement répond dans la majorité des cas à des lésions du mésocéphale localisées le plus souvent au corps strié et plus particulièrement au putamen.

Or, on connaît l'affinité du virus encéphalitique pour le mésocéphale et la fréquence du syndrome

excito-moteur arythmique au cours de cette affection.

Nous avons vu d'autre part le rôle prédisposant de la gestation vis-à-vis de l'encéphalite ; nous avons discuté également son rôle dans le réveil de certaines formes latentes.

Faut-il donc conclure à l'identité des chorées gravidiques et des chorées encéphalitiques ?

Allard dans sa thèse conclut en schématisant deux variétés de chorées gravidiques. Les unes récidivantes et liées à la toxémie gravidique, les autres primitives et celles-là fréquemment déterminées par l'encéphalite.

Nos conclusions sont absolument superposables aux siennes, mais nous avons préféré adopter la classification plus générale de M. Babonneix et distinguer dans le groupe disparate des chorées gravidiques :

Des chorées gravidiques indépendantes de l'encéphalite léthargique ;

Et des chorées gravidiques encéphalitiques.

Il importe de spécifier les caractères propres de chacun de ces groupes.

Les chorées gravidiques indépendantes ont un caractère primordial : *elles apparaissent sur un terrain préparé.*

Dans les antécédents des femmes qui présentent le syndrome choréique au cours de leurs gestations il est pour ainsi dire de règle de rencontrer tantôt, sinon la notion d'une hérédité choréique, du moins

celle de tares névropathiques familiales, tantôt la notion de chorée de l'enfance. Et cette notion de chorée de l'enfance est capitale au point qu'Allard avait basé sur elle l'élément de sa classification.

Ces chorées de l'enfance apparues à l'âge de 6 à 8 ans disparaissent à la puberté. Cette influence de l'apparition des règles sur ces chorées est très remarquable.

A côté de ce caractère primordial qui cependant peut faire défaut, les chorées gravidiques indépendantes ont encore pour caractère :

1^o D'apparaître chez la primipare avec un maximum de fréquence dans les trois premiers mois de la gestation. De réapparaître à chaque gestation avec tendance notable à s'atténuer et à disparaître avec les gestations successives ;

2^o D'être apyrétiques, et de ne pas être accompagnées des troubles multiples, mobiles, variés des chorées encéphalitiques ;

3^o De s'accompagner fréquemment de symptômes d'intoxication gravidique : d'albuminurie en particulier ;

4^o D'être améliorées par l'accouchement ou par l'avortement, dont on pourra discuter l'opportunité dans les cas de gravité.

Les chorées gravidiques liées à l'encéphalite au contraire présentent les caractères suivants :

1^o Ce sont des chorées primitives survenant chez des sujets indemnes de toute hérédité névropathique ou de chorée de l'enfance ;

2° Leur apparition au cours d'une gestation présente un caractère accidentel. Si une primipare peut en être atteinte, il est très fréquent aussi de les voir survenir chez des multipares dont les gestations antérieures ont été absolument normales ;

3° Dans leurs caractères cliniques ces chorées portent la marque de l'encéphalite que l'on peut ainsi schématiser :

Syndrome infectieux net, parfois prédominant ;

Troubles hypniques, somnolence ou insomnie ;

Troubles oculaires ;

Enfin syndrome moteur où les manifestations choréiques n'ont très souvent qu'une durée passagère. Et surtout, c'est la coexistence de ces manifestations excito-motrices avec d'autres troubles nerveux parcellaires, dissociés, qui constituent l'élément clinique le plus important de l'affection.

4° Ce sont des chorées avec hyperglycorachie.

5° Il demeure probable que les éruptions morbiliformes, scarlatiniformes, purpuriques signalées depuis toujours comme un élément de gravité sont également imputables à l'encéphalite léthargique.

En résumé, nous concluons que la grossesse ne détermine aucune modification à la symptomatologie de l'encéphalite et que les chorées gravidiques doivent être divisées en deux groupes, l'un qui comprend exclusivement les chorées encéphalitiques, l'autre qui comprend toutes les autres chorées gravidiques, les chorées d'origine toxique en particulier.

Il serait intéressant de poursuivre des recherches que nous avons seulement ébauchées car elles nous auraient entraîné en dehors des cadres de notre sujet. Recherches tendant à déterminer dans quelle mesure il est possible de soupçonner l'encéphalite dans les observations et dans les descriptions que l'on retrouve des chorées gravidiques avant l'identification de l'encéphalite léthargique.

Nous donnerons très brièvement le résultat de nos recherches.

Dans l'historique des chorées gravidiques rien de notable à retenir. Signalons toutefois en 1869 un travail important de Barnes, qui apporte 56 observations.

Nous relevons son affirmation du rôle indiscutable de la grossesse dans le réveil d'une chorée antérieure. « La grossesse, dit il, est la pierre de touche de la chorée. » Faut-il voir déjà dans ce fait une constatation du rôle de la grossesse dans le réveil des formes prolongées de l'encéphalite. Nous ne le pensons pas, car nous avons vu que le propre des chorées indépendantes était de disparaître à la puberté pour reparaitre au moment d'une première gestation chez la femme à hérédité névropathique.

Par contre en 1889 quand Gilles de la Tourette écrivait dans la *Semaine Médicale*, p. 309 : « En présence d'une femme enceinte affectée de mouvements dits choréiques, même si l'agitation musculaire est très intense, même si l'insomnie et un état mental sérieux l'accompagnent, il faudra réflé-

chir à deux fois avant de conseiller l'intervention ».

Cette réserve sur les résultats de l'intervention n'est-elle pas attribuable aux chorées encéphalitiques chez qui nous connaissons le coup de fouet souvent fatal donné par l'accouchement et surtout par l'intervention.

Enfin en 1912, une thèse de Mademoiselle Dobkevitch sur les chorées graves nous a particulièrement intéressé.

L'auteur se propose dans son avant-propos de bien éclairer :

1° le tableau des chorées graves ;

2° le pronostic de la chorée grave au cours de la grossesse ;

3° La conduite à tenir.

Et dès cet avant-propos nous relevons cette phrase « la chorée gravidique à issue mortelle semble avoir été plus fréquente il y a une trentaine d'années qu'à l'époque actuelle ».

Trente ans plus tôt nous ramène aux environs de 1880. Une petite épidémie non identifiée d'encéphalite est-elle responsable de cette constatation ? Il s'agit là d'une simple question.

Voilà maintenant une remarque beaucoup plus importante. L'auteur dans son chapitre de la pathogénie signale, en effet, ce fait qu'il est fréquent de voir la chorée grave survenir non pas lors de la première gestation mais d'une troisième ou d'une quatrième puerpéralité.

Ceci nous paraît être en pleine conformité avec ce

que nous savons à l'heure actuelle des chorées gravidiques liées à l'encéphalite et qui ont un caractère d'apparition purement accidentel, tandis que les autres sont des récidives ou apparaissent sur un terrain préparé et se rencontrent par conséquent dès la première gestation.

Signalons enfin pour terminer ce syndrome de gravité que donne Mademoiselle Dobkevitch et qui jusqu'à un certain point fait beaucoup penser à l'encéphalite épidémique

« Les principaux signes qui peuvent faire redouter un pronostic grave sont :

1° Une intensité très grande des mouvements choréiques ;

2° L'insomnie ;

3° Les troubles mentaux qui peuvent précéder la chorée mais qui souvent l'accompagnent.

4° Un pouls accéléré et une fièvre élevée.

5° L'apparition d'éruptions morbilliformes. »

Malheureusement l'étude des observations de cette thèse ne donne aucun résultat appréciable et notre opinion que l'encéphalite léthargique constitue le principal facteur de gravité des chorées gravidiques demeure une simple hypothèse car dans ces observations l'hyperglycorachie, les examens anatomiques qui sont les tests fondamentaux de l'encéphalite à l'heure actuelle font absolument défaut.

EVOLUTION

I. — Influence de la grossesse sur l'encéphalite.

La grossesse aggrave l'encéphalite.

Cette affirmation formelle est basée sur une statistique de Ricardo Jorge qui porte à 60 % le nombre des décès dans l'encéphalite au cours de la gestation au lieu de 30 %.

Cette aggravation se manifeste, tantôt en faisant passer à la forme aiguë une encéphalite subaiguë en évolution; tantôt également, ainsi que nous l'avons déjà signalé, en réveillant une forme prolongée de la maladie.

De l'étude des multiples observations que nous avons eues sous les yeux nous pouvons conclure à la rareté des formes subaiguës de l'encéphalite durant la gestation et à la fréquence des formes aiguës.

La façon dont meurent les malades est variable. Mais à côté du coma terminal avec collapsus cardiaque et œdème pulmonaire agonique, il est remarquable de signaler la fréquence des broncho-pneumonies. Notre malade de l'observation n° 2 est morte ainsi.

Cette malade avait présenté en outre une phlébite

et nous avons retrouvé cette complication déjà signalée.

Enfin il est une constatation importante que nous avons faite dans l'étude des nombreuses observations que nous avons eues sous les yeux, c'est que l'accouchement ou l'avortement spontanés, la Césarienne ou l'avortement thérapeutique, dans la majorité sinon dans la totalité des cas, déterminent une aggravation de la maladie. Souvent cette aggravation est mortelle, toujours elle est notable.

Cette constatation est appuyée d'ailleurs par l'opinion de M. le Professeur Bar formulée lors de la présentation d'une observation de MM. Couvelaire et Trillat à la Société d'Obstétrique.

Il semble bien, dit cet auteur, qu'il en soit de l'encéphalite comme de toutes les autres maladies infectieuses aiguës survenant chez la femme enceinte à la fin de leur grossesse. Le souhait le meilleur à formuler est que l'accouchement ne se produise qu'après la phase aiguë de la maladie. L'accouchement dans la phase aiguë est habituellement le signal d'une aggravation d'autant plus forte que la grossesse est plus avancée. »

Nous avons en outre recherché s'il existait des observations où l'interruption de la grossesse avait été suivie de sédation des phénomènes infectieux et nous n'en avons pas trouvé.

Au chapitre des indications thérapeutiques nous verrons ce qu'il faut penser des interruptions artificielles de la gestation. Dès maintenant on peut con-

clure cependant qu'elles sont à rejeter catégoriquement.

Pour résumer ce premier exposé nous dirons : la grossesse aggrave l'encéphalite. Cette aggravation se manifeste dans trois circonstances :

1^o En réveillant les formes prolongées en sommeil de la maladie ;

2^o En faisant passer de la forme subaiguë à la forme aiguë une encéphalite en évolution ;

3^o C'est à la suite de l'interruption de la gestation spontanée ou artificielle, prématurée ou à terme que l'aggravation souvent fatale est déclanchée.

II. — Influence de l'encéphalite sur la grossesse.

L'encéphalite exerce une influence néfaste sur la grossesse.

Cette action est surtout évidente durant les six premiers mois de la gestation. Il est rare en effet de voir évoluer normalement une gestation quand l'encéphalite survient durant les six premiers mois.

On observe alors l'avortement spontané ou la mort de l'œuf et sa rétention. Bien loin d'en être améliorée l'encéphalite dans la majorité des cas reçoit un véritable coup de fouet après l'avortement.

Une autre constatation intéressante que nous trouvons signalée dans la thèse de Poligone. Il n'existe pas de rapports entre l'allure de la maladie et l'état de l'œuf : telle encéphalite aiguë respectera

la gestation, tandis qu'une encéphalite subaiguë provoquera un avortement.

Au huitième mois ou au voisinage du terme, l'apparition d'une encéphalite détermine encore un accouchement prématuré. Mais souvent l'enfant naît indemne et s'élève facilement.

Cette constatation, d'ailleurs, est en tous points conforme avec ce qui se passe pour les autres maladies infectieuses et dans la thèse d'Esclavissat (1), nous trouvons cette opinion du Professeur Bar.

« Le pronostic pour le fœtus différera beaucoup suivant le moment de la grossesse où la mère aura été atteinte.

« Si la grossesse est avancée, c'est-à-dire si l'enfant est déjà développé et vigoureux, la maladie maternelle exercera, à égalité de gravité, une nocivité moindre sur le fœtus que si la grossesse est à son début. »

1. Esclavissat, *Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde et de la grossesse*. Thèse Toulouse, 1910-1911.

PRONOSTIC

Il est un premier point, c'est que l'encéphalite survenant au cours d'une grossesse est plus grave du fait même de la gestation.

L'encéphalite n'est facteur d'aucune dystocie et les complications qui surviennent sont uniquement attachées à la maladie infectieuse.

Dans 60 % des cas la mort surviendra chez la mère.

Dans 55 % des cas, la mort surviendra chez l'enfant, soit du fait d'un avortement, soit d'un accouchement prématuré, ou par mort *in utero* et rétention.

Quels sont cependant les éléments du pronostic ?

Il nous a semblé qu'il était possible de les grouper ainsi :

1^o Pour le produit de la conception.

Pronostic à peu près fatal si l'encéphalite survient dans les six premiers mois.

Pronostic impossible à porter pour une encéphalite qui survient aux 7^e et 8^e mois, car on ne peut se baser sur l'allure évolutive de la maladie infectieuse : une encéphalite fébrile aiguë peut ne causer aucun

dommage à l'enfant, une encéphalite subaiguë peut au contraire le tuer *in utero*.

Nous croyons, sans pouvoir l'affirmer, que la raison d'une telle éventualité est la suivante. Une encéphalite aiguë prédispose beaucoup plus la femme à accoucher prématurément et, l'enfant naît avant terme, et par là reste moins longtemps exposé aux toxines maternelles.

Une encéphalite subaiguë respecte mieux la gestation qui tend à évoluer vers son terme normal et l'enfant est ainsi beaucoup plus exposé à souffrir des toxines de la maladie.

Pareille constatation est-elle susceptible de déterminer une conclusion thérapeutique ? Nous ne le croyons pas.

Car instituer l'accouchement prématuré systématiquement au cours des encéphalites subaiguës fait courir à la mère le risque d'une aggravation de la maladie et ne donne pas assez de sécurité pour l'enfant qui, même s'il est vivant, demeure un prématuré, un débile. Il est préférable de laisser grossesse et encéphalite évoluer normalement.

Pour l'encéphalite enfin qui survient au voisinage du terme, bon pronostic pour l'enfant. Celui-ci pourra présenter quelques troubles passagers, ils seront sans gravité ;

2° Le pronostic pour la mère demeure toujours grave et échappe à toute codification.

Autant de cas, autant d'éventualités différentes, sans qu'on puisse trouver de fil directeur.

Cependant, le moment dangereux pour la mère, c'est le moment de l'accouchement.

Si une aggravation doit se produire, c'est alors qu'elle surviendra.

Toute femme atteinte d'encéphalite et qui a accouché sans voir sa maladie s'aggraver peut être considérée comme sauvée. Passé ce cap la maladie demeure ce qu'elle est en dehors de la gestation et le passage au Parkinsonisme est une éventualité banale.

DIAGNOSTIC

Envisagés au point de vue du diagnostic, les rapports de l'encéphalite léthargique et de la grossesse sont encore intéressants par les problèmes particuliers qui se trouvent posés du fait même de la grossesse.

Nous les étudierons brièvement.

Disons pour commencer que si le diagnostic d'une encéphalite est facilité en temps d'épidémie par cette notion de l'épidémie, il devient difficile pour les cas sporadiques tels que nous en avons observé deux au cours de notre année d'Internat chez M. le Docteur Levant.

Ce diagnostic est un diagnostic qui se pose par étapes successives avec comme argument définitif, un argument anatomique que voici :

lésions électives du mésocéphale, c'est-à-dire des noyaux d'origine des nerfs et du locus niger.

Ces lésions consistent en altérations vasculaires et périvasculaires.

La gaine lymphatique des vaisseaux est infiltrée de cellules et dans ces *manchons périvasculaires* qui sont la lésion la plus apparente on reconnaît une majorité de lymphocytes,

En dehors de cet argument, l'hyperglycorachie demeure le meilleur symptôme de probabilité qui vienne appuyer le syndrome clinique.

Dans ce syndrome clinique il est illusoire de vouloir accorder quelque valeur au trépied symptomatique : somnolence, léthargie, troubles oculaires. Celui-ci, qui a pu répondre à une allure passagère de l'épidémie en France en 1919, ne présente plus du tout à l'heure actuelle l'intérêt qu'on lui a accordé autrefois.

Le professeur Achard dans son travail magistral sur l'encéphalite a bien mis cette notion en valeur.

Cependant de tous les symptômes neurologiques les troubles oculaires constituent les troubles les plus caractéristiques puisqu'ils indiquent une atteinte du mésocéphale.

Indépendamment de ces troubles, tous les autres troubles nerveux susceptibles d'être observés, peuvent entraîner des erreurs de diagnostic.

A cause des convulsions on pense à l'éclampsie, à la chorée gravidique. A cause des troubles psychiques on pense aux psychoses puerpérales.

Il faut admettre avec le professeur Achard que « ce qui domine l'appréciation des signes cliniques de l'encéphalite en vue du diagnostic positif, c'est que, dans la plupart des cas, les troubles sont multiples, mobiles, parcellaires et dissociés, c'est que leur succession est irrégulière et acyclique ».

En effet si on reprend l'étude des observations citées on note ce caractère frappant d'irrégularité de

la maladie. Irrégularité dans l'enchevêtrement des symptômes. Irrégularité dans l'évolution de ceux-ci et cette irrégularité même constitue, de l'avis du professeur Achard, le caractère clinique majeur de cette affection.

Le diagnostic différentiel de l'encéphalite au cours de la grossesse se pose avec de multiples affections du fait même de la multiplicité des formes cliniques de l'encéphalite.

Nous n'insisterons, ni sur l'éclampsie qu'on aura tôt fait d'éliminer tant cette affection se caractérise par des signes précis ;

Ni sur le tétanos où l'intégrité absolue des fonctions intellectuelles contraste avec les troubles psychiques de l'encéphalite ;

Ni sur les chorées gravidiques, dont nous avons dit plus haut ce qu'il fallait penser et en résumé le diagnostic différentiel de l'encéphalite au cours de la grossesse se discutera en dernier ressort avec les méningites, la méningite tuberculeuse en particulier.

L'examen du liquide céphalo-rachidien viendra trancher les cas douteux. Mais en réalité, seul l'argument anatomique permet de conclure avec certitude.

RAPPORTS DE L'ENCÉPHALITE LETHARGIQUE

ET DES NOTIONS GÉNÉRALES CONCERNANT
LES RAPPORTS DES MALADIES INFECTIEUSES
ET DE LA PUERPÉRALITÉ

Il y a conformité de rapports.

1^o Quant à la gravité, Hippocrate écrivait déjà au cinquième livre de ses aphorismes : « Mulierem utero gerentem capi ab aliquo morbo acuto lethale est. » :

2^o Quant à l'aggravation déterminée par l'avortement et l'accouchement.

Moriceau en 1749 dans son *Traité des maladies des femmes grosses*, page 240, écrit : « Il me reste à dire une chose qui mérite bien d'être observée par tous ceux qui sont appelés pour traiter les femmes grosses en leurs maladies, qui est qu'il faut surtout qu'ils empêchent autant qu'ils peuvent, par tous les remèdes, que la femme grosse qui a la fièvre continue n'avorte durant sa maladie. Car presque toutes les femmes à qui cet accident arrive, meurent très peu de temps ensuite, et principalement celles dont la fièvre est accompagnée de fluxion de poitrine. »

3^o Quant à la transmission placentaire de la maladie de la mère au fœtus ;

4^o Quant aux conclusions thérapeutiques, à l'abstention en particulier.

Il y a divergence de rapports.

1^o quant au rôle prédisposant de la grossesse vis-à-vis de l'encéphalite.

La grossesse ne prédispose pas aux maladies infectieuses. Il n'est pas certain mais il est possible que la grossesse prédispose à l'encéphalite car :

2^o La grossesse réveille les formes prolongées de la maladie.

THERAPEUTIQUE

INDICATION DES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES

Pour poser ces indications, dans toute l'étude précédente il est une notion fondamentale qui doit être mise en évidence, c'est la notion du coup de fouet donné à la maladie par l'accouchement normal à terme. Ce coup de fouet est encore plus marqué quand une intervention est pratiquée pour vider l'utérus avant le terme.

Aussi croyons-nous pouvoir formuler cette règle au caractère absolu :

Toute intervention, telle l'avortement thérapeutique, l'accouchement prématuré provoqué, la césarienne, destinée à interrompre une grossesse et instituée en vue d'arrêter l'évolution d'une encéphalite léthargique non seulement est inutile, mais est susceptible presque fatalement de donner un coup de fouet à la maladie et doit être rejetée.

Cette règle posée, existe-t-il d'autres indications à intervenir ?

Evidemment nous n'insisterons pas sur les interventions motivées par les circonstances et qui rentrent dans les indications d'ordre général. Cependant nous signalerons qu'il n'existe au moment de

l'accouchement aucune dystocie du fait de l'encéphalite. Souvent la femme accouche inopinément sans accuser de douleurs, il s'agit de l'accouchement au cours des formes avec somnolence ou coma.

Tel est le cas de notre observation n° 1.

Mais il est faux de dire que l'accouchement est plus rapide du fait de l'encéphalite.

On aura intérêt à dilatation complète à hâter la terminaison de l'accouchement par une application de forceps comme nous l'avons pratiqué dans notre observation n° 2.

Enfin il est une indication exceptionnelle c'est celle que pose notre obs. n° 6 où une césarienne est pratiquée dix minutes après la mort de la femme, césarienne qui peut encore être faite *in extremis*. Dans le cas cité cette césarienne ramena un enfant mort contracturé bien que ce résultat soit celui-là qui sera le plus fréquemment observé il ne faut pas négliger cette seule chance de sauver l'enfant.

La grossesse n'entraîne aucune modification au traitement médical habituel de l'encéphalite.

On pourra sans inconvénients pratiquer l'abcès de fixation et essayer les différents antiseptiques, tels l'uroformine, le salicylate de soude.

Il n'existe malheureusement pas de traitement spécifique de cette maladie et tous ces traitements demeurent souvent inopérants.

Il y a lieu d'interdire l'allaitement maternel à chaque fois que la mère présente une encéphalite

aiguë évolutive. Par contre dans les séquelles d'encéphalite, telles la maladie de Parkinson, on pourra très bien permettre cet allaitement sans que l'enfant soit incommodé.

EXPOSÉ DES DEUX OBSERVATIONS
D'ENCÉPHALITES LÉTHARGIQUES
RELEVÉES DANS LE SERVICE DE M. LE D^r LEVANT
A LA MATERNITÉ DE LA CHARITÉ, EN 1928.

OBSERVATION I

Voici par ordre chronologique la première observation.

Elle est du 30 mars 1928, où l'Interne du service de M. le D^r Babonneix, M. Delarue, demande à l'Interne de la Maternité de venir voir à la salle Beau une malade qu'il a reçue durant la nuit et qui est en travail.

Cette femme, Mme Fr... Léonie, âgée de 38 ans, est dans le coma complet.

L'examen, en l'absence de tout commémoratif, est très limité. Il montre une hypertonie considérable des muscles des quatre membres, un strabisme divergent de l'œil gauche; la recherche des réflexes est considérablement gênée par la contracture musculaire, néanmoins il semble que le réflexe cutanéoplantaire est positif et bilatéral.

Les pupilles sont normales, elles réagissent bien à la lumière.

La réaction méningée est nulle.

La température est plus élevée, à 38°.

Le pouls est en rapport, régulier.

L'examen viscéral est normal.

Cette femme est enceinte. Le volume utérin indique une gestation d'environ six mois.

En outre elle est en travail comme l'indiquent les contractions intermittentes de l'utérus et la poche des eaux qui bombe à la vulve.

Une ponction lombaire pratiquée montre un liquide céphalo-rachidien eau de roche à tension normale.

Les urines sont normales.

De quoi peut-il bien s'agir ? Evidemment le diagnostic d'éclampsie qui a effleuré l'esprit n'est pas longtemps retenu.

La tension artérielle normale, l'absence d'albuminurie viennent lever les derniers soupçons.

On peut penser à une hémorragie méningée, à cause des contractures, à cause d'un signe de Babinski positif et bilatéral. Mais le liquide céphalo-rachidien est absolument clair.

Cette hypertonie musculaire généralisée évoque l'idée d'un tétanos. Mais ce tétanos avec coma profond est vraiment très atypique.

La supposition d'une intoxication par la strychnine est gratuite.

Aucun diagnostic n'est porté bien que le diagnostic qui semble le plus vraisemblable soit un diagnostic de méningite tuberculeuse atypique telle qu'on en rencontre chez l'adulte.

La malade est passée à la Maternité où elle accouche à 11 h. 30 ce même jour d'un fœtus macéré du poids de 580 grammes.

La délivrance est spontanée et complète. Elle pèse 300 grammes.

Rien de particulier dans cet accouchement.

Le 31 mars aucune modification dans le coma.

La langue est sèche.

La fièvre est à 39°.

Les sphincters sont incontinents.

Les phénomènes d'hyperthtonie musculaire sont stationnaires.

Il existe un strabisme divergent de l'œil gauche.

M. le D^r Levant qui l'examine émet l'hypothèse d'une encéphalite léthargique.

Et les résultats de l'examen du taux du sucre dans le liquide céphalo-rachidien vérifient ce diagnostic le lendemain. Le taux du sucre est en effet de 1 gr. 30 par litre.

Le 1^{er} avril des phénomènes broncho-pulmonaires se déclarent et la malade meurt le 3 avril sans être sortie du coma.

L'autopsie montre : une congestion du névraxe avec prédominance au mésocéphale

L'examen histologique n'est pas pratiqué.

OBSERVATION II

Encéphalite aiguë à symptomatologie corticale.

Réveil, à l'occasion de la grossesse,
d'une infection corticale datant de l'enfance.

Mme D..., âgée de 28 ans, enceinte de 7 mois et demi-entre à l'hôpital de la Charité le 15 mai 1928 pour une *phlegmatia alba dolens* du membre inférieur gauche.

Le membre, modérément douloureux, est le siège d'un œdème volumineux avec circulation collatérale et élévation de la température locale ; l'articulation du genou contient un peu de liquide.

La θ est à 38°5.

Le pouls à 90.

La tension à 12-8 au Pachon.

Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

L'examen viscéral ne révèle rien d'anormal.

L'examen obstétrical montre une gestation de 7 mois 1/2 régulière. Un enfant vivant.

On note à cette date un *nystagmus spontané* se faisant de droite à gauche, se reproduisant de façon intermittente à plusieurs reprises au cours de la journée.

Ce nystagmus, nous dit la malade, date de l'âge de six ans et s'est installé à la suite de convulsions.

Nous devons apprendre plus tard par l'entourage que ces secousses ne se manifestaient, antérieurement à l'entrée de la malade à l'hôpital, que très rarement. Sa sœur en connaissait l'existence, mais le mari nous dit ne l'avoir jamais remarqué.

Le membre malade immobilisé en bonne position au moyen de balles d'avoine, très rapidement, les douleurs cessent, la température revient à la normale.

Le membre diminue très rapidement de volume.

La malade paraît en très bonne voie de guérison.

Le 18 mai dans la nuit, la malade, qui depuis quelques jours se plaignait d'*insomnie*, présente une crise convulsive que l'on nous décrit le lendemain matin de la façon suivante : secousses intermittentes dans le bras gauche, avec à

la fin de la crise, présence d'un peu d'écume à la commissure labiale.

Pas de perte de connaissance, pas de morsure de la langue, pas de perte des urines.

On vérifie alors que les urines ne contiennent toujours pas d'albumine.

On s'assure que la T. A. ne s'est pas modifiée. La nuit suivante se produisent une dizaine d'accès subintrants toujours localisés, nous dit-on, au bras gauche.

Le lendemain matin pour la première fois nous assistons aux crises : ce sont des accès subintrants de crises épileptiques Bravais-Jacksonniennes typiques, à localisation brachiale évoluant en deux phases :

Une phase *tonique*, avec flexion initiale du pouce ;

Une deuxième phase *clonique*, durant trois ou quatre minutes.

Tantôt les convulsions restent localisées au membre supérieur ; la crise se terminant alors par un profond soupir.

Tantôt les secousses envahissent la face et même le membre inférieur, la crise s'accompagnant alors de perte de connaissance, de morsure de la langue, de stertor post-épileptique.

A trois reprises la crise affecte le type de l'épilepsie généralisée d'emblée.

En outre on constate un relâchement complet des sphincters, la malade perd ses urines et ses matières.

Une saignée abondante est pratiquée. Néanmoins pendant toute la journée les accès se répètent de façon subintrante. Un intervalle de quelques minutes seulement séparant

chaque accès. Entre les accès la malade demeure plongée dans une torpeur profonde.

L'état général s'altère profondément.

La morphine, le chloral, le gardénal donnés à très hautes doses restent sans effet.

Le lendemain l'état de mal épileptique dure toujours; des *myoclonies* persistent toujours dans l'hémiface gauche et dans le membre supérieur du même côté.

Entre les crises on note une paralysie flasque complète du membre supérieur gauche, avec une parésie faciale du même côté.

L'incontinence des sphincters est totale.

La malade est plongée dans une torpeur profonde.

La température est à 39°.

Une ponction lombaire montre un liquide clair, où l'examen microscopique montre cependant la présence d'une assez grande quantité de sang rendant impossible l'interprétation valable du taux de l'albumine et du nombre des leucocytes.

Le B.-W. est négatif dans le sang et dans le L. C.-R.

L'examen gynécologique montre dans l'après-midi un début de travail. A 20 h. 45 du soir à dilatation complète on pratique une extraction au forceps, la malade étant toujours en état de mal.

L'évolution du travail a été jusqu'au bout normale. Le travail ayant débuté le 21 mai à 14 h. La dilatation ayant été complète à 20 heures.

Un phénomène assez curieux est remarqué à la période d'expulsion: chaque contraction utérine s'accompagne d'une crise convulsive. B.-J.

Une fille vivante pesant 2.730 gr. est mise au monde.

La délivrance est spontanée, naturelle et complète.

Le placenta pèse 570 gr.

L'accouchement est suivi d'une sédation des phénomènes convulsifs malheureusement très courte ; quelques heures après l'accouchement les secousses épileptiques reparais-sent.

La température monte à 39.

C'est alors que devant l'échec de tous les hypnotiques habituels nous pratiquons une injection intra-veineuse de 2 cc. de somnifène.

L'injection est suivie d'un arrêt absolu des crises et d'un profond sommeil qui dure 24 heures.

Après quoi la malade se réveille peu à peu tandis que les crises convulsives reprennent avec le même siège, le même rythme et la même intensité.

Une 2^e injection est suivie d'un effet semblable ; cependant même au cours du sommeil on note de temps en temps quelques secousses épileptiformes.

Le 23 mai un examen du *fond de l'œil* est pratiqué par le Dr Cerize, et répété encore le 25 mai. Il montre un fond d'œil normal.

Notre diagnostic alors était celui d'une lésion organique *corticale* et c'est à la *méningite tuberculeuse* que nous pensions, ainsi qu'à une *néoraxite aiguë*.

C'est alors que nous pratiquons une deuxième P.-L. Elle retire un liquide non hypertendu contenant avec un certain nombre de globules rouges, 7 lymphocytes par mm³.

Le taux de l'albumine est normal : 0 gr. 22 par litre.

Par contre il existe une forte hyperglycorrachie : 1 gr. 58 par litre.

Le 25, 26, 27 mai nous assistons, en l'espace de quelques jours, à la succession de deux ordres de troubles :

1° Dans une première phase tandis qu'au niveau du bras gauche et parfois de tout le côté gauche continuaient d'évoluer les phénomènes épileptiques, une *contracture intense* apparaît dans les membres du côté opposé.

En extension pour le membre inférieur ;

En flexion pour le membre supérieur.

Le signe de Babinski est fortement positif à gauche du côté des convulsions, positif également mais plus faiblement à droite du côté des contractures.

2° Dans un second stade, on voit disparaître enfin et définitivement les crises épileptiques, ainsi que les contractures.

Une monoplégie brachiale gauche leur succède, puis très rapidement une quadriplégie flasque douloureuse, avec réflexes seulement diminués, quadriplégie complète s'accompagnant en outre de paralysie des muscles de la nuque : la tête est complètement ballante, roulant sur les épaules.

A tous ces troubles viennent bientôt se joindre des troubles de plus en plus marqués de la déglutition.

3° Du côté des yeux, on voit se manifester une aggravation très nette du *nystagmus* et en intensité et en fréquence.

Ces secousses très rares avant la maladie, et qui depuis son entrée à l'hôpital n'apparaissent que par crises intermittentes se manifestent bientôt de façon incessante.

Le 25, 26, 27 mai le *nystagmus* se produit sans interruption.

Le 27 mai quand s'installe la quadriplégie flasque le *nystagmus* devient intermittent, s'atténue de plus en plus et

bientôt se réduit à quelques secousses discrètes dans les mouvements de latéralité.

On constate alors une limitation extrême de ces mouvements latéraux qui sont presque abolis. Cette paralysie des mouvements de latéralité contraste avec le jeu à peu près normal des mouvements verticaux.

En outre, le 27 mai, et ce jour là seulement, nous constatons un ptosis qui n'existait déjà plus le lendemain.

4° Enfin au point de vue psychique. En mettant à part bien entendu les deux jours de sommeil artificiel dû au somnifène, au début de la maladie on note une alternance de phases de somnolence avec des phases de conscience relative ; puis vers la fin de la maladie, les troubles psychiques prennent le type de confusion mentale.

5° Le tableau clinique est complété par un — relâchement complet du sphincter — des escarres, d'apparition précoce, dès le 3^e jour, escarre fessière volumineuse, dans les jours suivants escarres talonnières bilatérales, et même escarres sur le dos du pied, au simple contact des draps.

Le 29 mai, clocher thermique à 41°, cyanose, battements des ailes du nez.

Mort par syncope.

Depuis 5 jours la malade avait reçu chaque jour des injections intra-veineuses de salicylate de soude et d'uroformine.

En résumé, l'histoire clinique de notre malade s'est déroulée en 3 phases :

1^o Une première phase de nystagmus isolé intermittent, simple exagération d'un nystagmus antérieur datant de l'enfance.

2^o Une deuxième phase d'état de mal Bravais-Jacksonien

avec paralysie flasque du même côté, contracture passagère du côté opposé, et nystagmus du côté permanent Escarres. Incontinences sphinctériennes, fièvre et herpès.

3° Une 3^e phase de quadriplégie flasque et douloureuse avec paralysie des mouvements oculaires de latéralité.

Ce tableau polymorphe, complété par une ponction lombaire, montrant avec une réaction méningée minime, surtout hémorragique, une forte hyperglycorachie, nous semble pouvoir être légitimement rapporté à une encéphalite épidémique.

En résumé noter :

1° Les rapports de cette infection névrauxique aiguë avec une première atteinte de l'enfance.

On se rappelle que dans les antécédents de cette malade, on retrouvait, à l'âge de 6 ans, des *convulsions*, ayant laissé à leur suite comme séquelles, un *nystagmus*.

On note en outre une instabilité psychique du nervosisme.

2° L'influence nette de la grossesse comme cause déclanchante.

OBSERVATION III (résumée)

(Thèse Allard, obs. VIII).

Mme L..., 30 ans. II-pare.

Antécédents héréditaires normaux.

Ayant eu une première gestation normale, présente au 2^e mois d'une deuxième gestation le syndrome suivant.

D. R. 24 novembre 1919.

Le 3 février 1920. — Fièvre à 38°2, pouls en rapport.

Grande agitation, chants.

Bonds désordonnés.

Délire.

Le 4 février, l'agitation diminue ; l'insomnie apparaît.

Du 5 au 9 février : insomnie.

Myoclonies douloureuses des muscles abdominaux au voisinage de leurs insertions costales :

Algies dans la sphère du médian gauche.

Agitation modérée.

Hallucination.

Syndrome infectieux.

$\theta = 38^{\circ}, 38^{\circ}5.$

Pouls à 78.

Langue saburrale.

Constipation opiniâtre.

Du 11 au 16 février :

Le syndrome infectieux disparaît, la fièvre tombe en lysis.

Seules persistent les algies du bras gauche.

Le 20 février, réapparition de l'insomnie.

Le 21 février, réapparition de l'agitation.

Le 22 février, l'agitation augmente.

Apparition de troubles trophiques cutanés :

Au niveau des genoux et des coudes on note de la rougeur et de très fines excoriations de l'épiderme.

Le 26 février :

La fièvre reprend à 38°.

Agitation extrême.

Le 29 février, avortement thérapeutique pratiqué par

M. le Professeur Couvelaire dans les conditions suivantes :

Dilatations cervicales commencées le 28 février au moyen de laminaires.

Terminées aux bougies de Hégar.

Décollement de l'œuf avec le doigt.

Extraction à la pince du placenta, puis du fœtus. Tamponnement intra-utérin.

Le 1^{er} mars, mort de la malade.

OBSERVATION IV

(Publiée par Marinesco, *R. N.*, 1921, I).

Encéphalite léthargique aiguë chez une multipare de 31 ans au 7^e mois de la grossesse.

Etat grave.

Fièvre à 39°.

On pratique une césarienne.

Fœtus mort.

Coup de fouet à l'encéphalite.

Mort de la mère dans le coma, deux jours après l'intervention.

OBSERVATION V

(Extraite de *The Lancet*, 5 mars 1921 ;

obs. de M. Bright Banister, et M. D. Camb.

Queen Charlotte's Hosp.).

Primipare de 31 ans, dans le 9^e mois de sa grossesse.

Prise d'encéphalite aiguë épidémique le 27 décembre 1920, caractérisée cliniquement par :

Insomnie.

Douleurs sus-orbitaires.

Puis deux jours après de somnolence.

Aggravation progressive durant une semaine en dépit du traitement classique : urotropine, abcès de fixation.

A ce moment température normale, mais pouls à 110.

Ptosis, strabisme interne.

Nystagmus horizontal et vertical.

Gestation normale : enfant vivant.

Le 2 janvier 1921 : Accouchement provoqué.

Dilatation du col aux bougies de gommes élastiques.

Dilatation indolente.

Accouchement terminé au forceps 4 heures après le début du travail.

Du 2 au 5 janvier : amélioration passagère de la malade.

Le 5 janvier : incontinence des urines et des fèces, augmentation de l'état léthargique, tremblement.

Mort le 7 janvier.

On ne pratique pas d'autopsie.

A noter l'apyrexie observée sauf une légère ascension thermique après l'abcès de fixation.

Ces observations III, IV, V montrent l'inutilité de l'intervention obstétricale. Ces interventions décidées *in extremis* n'amenèrent aucune sédation dans l'état des malades et donnèrent un coup de fouet à la maladie.

Il est donc permis de conclure : en présence d'une femme enceinte présentant une encéphalite léthargique grave, l'intervention obstétricale dirigée

en vue d'obtenir une amélioration de l'état général est au moins inutile et doit être rejetée. Le mieux est de s'abstenir.

OBSERVATION VI (résumée)

(Thèse Poligone).

Mme E..., 24 ans, III-pare.

A terme.

Encéphalite épidémique aiguë à évolution rapide, ayant commencé le 11 janvier 1923, ayant déterminé le 17 du même mois la mort de la malade.

On pratique une césarienne dix minutes après la mort et on extrait un enfant mort contracturé de 3.420 gr.

Cette observation répond à l'indication d'intervenir par césarienne *post mortem* pour essayer de sauver l'enfant.

Neuf fois sur dix le résultat précédent sera le résultat obtenu, néanmoins il est légitime de tenter toutes les chances.

L'observation VII que nous empruntons à la thèse d'Allard est une observation de chorée gravidique. Elle est très explicite et nous permet de mettre facilement en évidence les éléments de notre argumentation :

- 1° La notion des antécédents ;
- 2° La notion des récidives à chaque gestation ;
- 3° Les signes de l'auto-intoxication gravidique : l'albuminurie en particulier.

OBSERVATION VII

(Extrait de la thèse d'Allard, obs. I, p. 50).

En 1903, femme de 27 ans.

La notion des antécédents est nette : la mère de cette femme était choréique.

Cette femme en outre avait présenté depuis l'âge de 3 ans jusqu'à sa puberté une hémichorée gauche.

Entre l'âge de 13 ans et la puberté une seule rechute était survenue occasionnée par une violente émotion.

Au deuxième mois de sa première gestation la chorée avait fait sa réapparition.

Chorée très intense à aggravation progressive, s'accompagnant d'une albuminurie importante dont on ne donne pas le taux, albuminurie tenace ayant résisté au régime lacté et au repos au lit.

Au sixième mois accouchement prématuré spontané.

La chorée aussitôt diminue d'intensité, et s'atténue progressivement mais ne disparaît pas complètement.

Sept mois plus tard la femme commence une deuxième gestation.

Au cours de cette gestation les mouvements choréiques s'exagèrent, la chorée cependant est moins forte. L'albuminurie reparaît et au septième mois la femme accouche d'un enfant mort.

On note seulement la persistance de l'albuminurie sans parler des mouvements choréiques.

Deux mois plus tard nouvelle gestation qui aboutit à l'expulsion d'un fœtus macéré.

On note : pas de chorée.

Enfin deux mois encore après cet incident survient une nouvelle gestation.

Les mouvements choréiques n'apparaissent qu'au troisième mois. Ils sont peu intenses.

L'albuminurie fait défaut.

Et néanmoins on note au troisième mois un avortement.

L'observation suivante que nous empruntons à la thèse de Mlle Lévy, met en évidence le coup de fouet donné à la maladie par l'accouchement.

OBSERVATION VIII

(Résumée dans la thèse de Mlle Lévy, obs. VII).

Gabrielle F..., âgée de 32 ans.

Le 6 janvier 1920, enceinte et à terme présente brusquement les troubles suivants :

Sommeil invincible.

Diplopie.

Néanmoins sa température demeure normale.

Elle accouche le 8 janvier en neuf heures d'un enfant vivant, normal.

A la suite de l'accouchement les phénomènes hypniques semblent s'améliorer mais un hémispasme facial droit fait son apparition, bientôt suivi de myoclonies.

Deux ans plus tard spasmes et myoclonies persistent. On ne donne pas de nouvelles de l'enfant.

L'observation suivante, empruntée également à

la thèse de Mlle Lévy met en évidence le coup de fouet donné à la maladie par l'accouchement prématuré.

OBSERVATION IX

(Résumée dans la thèse de Mlle Lévy, LV).

Mme Louise A..., âgée de 25 ans, a présenté en janvier 1919, au cinquième mois d'une grossesse une atteinte typique d'encéphalite :

Somnolence.

Diplopie.

Troubles mentaux.

Au septième mois elle accouche prématurément de deux jumeaux qui ne vivent que quelques heures.

Après l'accouchement, apparition de fièvre, exagération des troubles de la vue, engourdissement du côté droit.

Au bout de quatre mois, toujours engourdie du côté droit, la malade s'est levée.

Revue en 1921, elle présente un syndrome de Parkinson typique.

L'observation suivante prouve que certaines encéphalites léthargiques et certaines grossesses sont susceptibles d'évoluer normalement sans s'influencer réciproquement.

OBSERVATION X

(Résumée dans la thèse de Mlle Lévy, obs. XXXIX).

Mme Suzanne B..., 29 ans, présente en 1919 au quatrième mois d'une grossesse une encéphalite aiguë.

La gestation évolue normalement.

L'accouchement se produit à terme.

L'enfant est vivant, indemne et s'élève facilement.

La malade revue deux ans plus tard présente un syndrome de Parkinson.

OBSERVATION XI

(Extraite du *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 19 mars 1920. MM. Lereboullet et Mouzon).

Mme Germaine R..., 22 ans, couturière, entre à l'hôpital le 7 janvier 1920.

Au troisième mois d'une gestation qui est à 5 mois quand elle entre sont survenus les troubles suivants :

Somnolence ;

Paralysie oculo-motrice ;

Troubles bulbaires associés ;

Enfin : Troubles moteurs rapellant l'allure de la chorée molle.

La fièvre est à 38°. Il existe une éruption scarlatiniforme.

Elle avorte quelques jours après d'un *macéré* de 5 mois environ, du sexe féminin, du poids de 900 grammes dans le service de M. le Professeur Jeannin, à la Charité.

Nous reproduirons le passage qui nous paraît intéressant par les hypothèses qu'il soulève.

« On peut se demander si un certain degré d'anergie ne joue pas un rôle dans le développement du virus de l'encéphalite et dans sa fixation sur les différents étages du tronc encéphalitique. L'anergie grippale est son terrain d'élection. L'encéphalite s'y développe comme tant d'autres infections de « sortie », pulmonaires, rénales, septicémiques. Mais l'anergie de la grossesse ne peut elle pas jouer également un rôle dans son apparition ?

« Cette observation aurait certainement été, autrefois, considérée comme une forme anormale de chorée gravidique. Et ne trouve-t-on pas signalés partout dans les cas sporadiques de chorées gravidiques que l'on observait autrefois, des signes qui relèvent manifestement d'une infection générale. »

OBSERVATION XII

(Extrait de *Bull. Soc. méd. Hôp. de Paris*,
t. 37, n° 31, p. 1417.)

Evolution d'une grossesse chez une malade présentant un syndrome de Parkinson consécutif à une encéphalite léthargique, présentée par MM. Guillaïn et Gardin.

L'apparition de la grossesse chez cette femme ne détermine aucune modification au syndrome de Parkinson.

L'accouchement n'est suivi d'aucun réveil de la maladie.

Un forceps est cependant pratiqué pour lenteur de la période d'expulsion.

L'enfant pèse 2.760 gr., il est nourri au sein et s'élève normalement.

Cette femme revue deux mois après son accouchement présente un état stationnaire.

CONCLUSION

Arrivé au terme de ce travail nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La grossesse aggrave l'encéphalite. Cette aggravation est surtout manifeste au moment de l'accouchement qui donne un véritable coup de fouet à la maladie.

2° La grossesse réveille les formes prolongées de l'encéphalite, ce qui explique qu'à l'heure actuelle les cas sporadiques d'encéphalite léthargique aiguë sont observés surtout au cours de la grossesse.

3° Une femme ayant eu autrefois une encéphalite léthargique et qui ne voit survenir aucun réveil de cette maladie au cours d'une gestation peut être considérée comme guérie de l'encéphalite. Dans ce sens la grossesse peut être dite « la pierre de touche » de la guérison radicale de l'encéphalite.

4° L'encéphalite détermine souvent l'avortement, la mort du fœtus *in utero* et l'accouchement prématuré.

5° La transmission du virus de la maladie au fœtus par le placenta est un fait démontré. Il est très vraisemblable que le lait maternel transmette également ce virus. Ce fait pourtant n'est pas démontré.

6° Dans le groupe disparate des chorées gravidiques les chorées dues à l'encéphalite léthargique ont les caractères suivants :

Elles surviennent avec un caractère accidentel très net chez des femmes indemnes de tout antécédent névropathiques.

Elles s'accompagnent d'un syndrome infectieux.

Le syndrome choréique est très altéré et par contre la physionomie de l'encéphalite est reconnaissable à son caractère majeur ; l'irrégularité, irrégularité dans l'enchevêtrement des symptômes, irrégularité dans l'évolution de la maladie.

7° Au sujet des indications thérapeutiques toute manœuvre visant à interrompre la gestation pour améliorer l'évolution de la maladie doit être formellement rejetée.

Par ailleurs les indications des interventions obstétricales demeurent ce qu'elles sont en dehors de la maladie.

8° L'allaitement maternel sera interdit dans toutes les encéphalites léthargiques évolutives.

9° En résumé : il y a donc absolue conformité de rapports entre les rapports de l'encéphalite et de la grossesse et ceux des maladies infectieuses et de la gestation.

Vu : le Président de la thèse,
JEANNIN.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Achard (Pr Ch.)*. — Encéphalite léthargique. Baillière
- Achard (Pr)*. — A propos de la transmission placentaire de l'encéphalite léthargique (Bull. de l'Acad. de Méd., 7 juin 1921, p. 645).
- Agostini*. — Encéphalite épidémique et grossesse (R. N., 1926).
- Allard*. — Thèse Paris, 1921.
- Anderodias*. — Encéphalomyélite diffuse à forme myoclonique au cours de la puerpéralité (Journal de Méd. de Bordeaux, 10 mai 1920, p. 248).
- Auban*. — Les séquelles de l'encéphalite épidémique chez l'enfant (Soc. de Méd. de Toulouse, 1^{er} déc. 1923).
- Barbonneix*. — Les Chorées. Flammarion, 1924.
- Banister et Sophianopoulos*. — A case of lithargic encephalitis complicating pregnancy (Lancet, 5 mars 1921, p. 481).
- Barbier et Célice*. — Un cas d'encéphalite épidémique à secousses myoclonique chez un enfant de onze mois (Bull. Soc. Méd. des Hôpit., t. 39, n^o 10, p. 432, mars 1923).
- Bénard*. — Le liquide céphalo-rachidien dans l'encéphalite (Paris Médical, 5 juin 1920, p. 474).
- Bué*. — De la chorée gravidique (Presse Médicale, 1894 ; Arch. de gyn., 1895, p. 47),
- Cahane*. — L'encéphalite léthargique et la menstruation (Bull. de la Soc. Roumaine de Neurologie, janv. 1925, p. 140).

- Combr.* — Les origines de la chorée de Sydenham (Arch. Méd. des Enfants, Paris, 1915).
- Couvelaire et Trillat.* — Un cas d'encéph. lith. au cours de la puerpéralité (Gyn. et Obst., févr. 1920, p. 62).
- Couvelaire.* — Gestation et chorée (Progrès Médical. Revue des cliniques, 18 déc. 1920, p. 555).
- Delage.* — De la chorée gravidique. Thèse Paris, 1912-1913.
- Dankirg et Becuive.* — Réveil d'une encéphalite léthargique provoqué par une grossesse (Soc. de Méd. du Nord, févr. 1924).
- Dobkevitch (Mlle).* — Chorées graves et grossesses. Thèse Paris, 1912-1913.
- Di Francesco.* — Encefalite epidemica e gravidanza (Ann. di obstet. Milano, 1926).
- Fabre.* — L'encéphalite léthargique chez la femme enceinte. Thèse Montpellier, 1921.
- Froment et Delore.* — Réveil d'une encéphalite chez une Parkinsonnienne 7 ans après la phase initiale (Soc. Méd. des Hôp. de Lyon. R. N., 1926, p. 497).
- Garnett.* — L'encéphalite léthargique venant compliquer la grossesse et l'accouchement (Journal of the American Med. Association, p. 1315).
- Gentin.* — La chorée dans ses rapports avec la menstruation et la puerpéralité. Thèse Paris, 1898-1899, n° 394.
- Guillain et Gardin.* — Evolution d'une grossesse chez une malade présentant un syndrome parkinsonien consécutif à une encéphalite léthargique (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôp. de Paris, 28 oct. 1921, p. 1417).
- Guillain.* — Encéph. léth. avec crise épileptique initiale (Soc. Méd. des Hôp., 15 oct. 1920).
- Haag.* — Case of lethargic encephalitis in pregnant woman with

- necropsy findings (Michigan Soc. Med. Soc. Journ. nov. 1920, p. 483).
- Hervé*. — Chorées avec hyperglycorachies. Thèse Paris, 1924.
- Jakoby (C.)*. — Über vief in Palästina beobachtete Fälle von Choreia gravidarum (Zentralbl. f. Gynäk. Leipzig, 1925).
- Jandot dit Danjou*. — Névrauxite épidémique et grossesse. Thèse Montpellier, 1922.
- Jorge (Ricardo)*. — Encéphalite léthargique et grossesse (Paris-Médical, 4 juin 1921).
- Journal médical français*. — L'encéphalite léth., avril 1923.
- Klippel et Baruk*. — Encéph. léth. et grossesse. Etat du nouveau-né (R. N., 1923, t. I, p. 383).
- Laurenti*. — Chorée gravidique (Bull. soc. d'obst. et de gyn. Paris, 1926, XV, 527).
- Lehoczky (von)*. — Ein Fall von chorea grav. mit. histologischen Befund (Zentr. f. Gynäk. Leipzig, 1925).
- Lemaire*. — Conditions de transmission du virus de l'enc. de la mère à l'enfant. Thèse Paris, 1923.
- Lepage*. — De la mort du choréique pendant la grossesse (Annales de gynéc. et d'obst., 1913, p. 458).
- Lépine (Jean)*. — Le terrain dans les encéph. infectieuses (Bull. de l'Acad. de Méd., n° 36, 16 nov. 1920).
- Levaditi, Harvier et Nicolau*. — Transmission expérimentale du virus de l'enc. de la mère au fœtus (C. R. de la Soc. de Biologie, 20 mai 1921).
- Recherches exp. sur le virus de l'enc. léth. (Bull. Ac. Méd., 20 avril 1920 ; *ibid*, 24 juillet 1920 ; *ibid*, 12 et 16 févr. 1921 ; *ibid*, 19 mars 1921).
- Lévy (Mlle)*. — Contribution à l'étude des manifestations tardives de l'encéph. épidémique. Thèse Paris, 1922.
- Lévy (Lang)* — De la conduite à tenir en cas d'affection incompatible avec la grossesse (Hôpital. Paris, 1926).

- Marie (Pierre) et Bouttier.* — Un cas de chorée gravidique (Soc. Méd. des Hôp., 20 juillet 1923).
- Marinesco.* — Bull. Acad. Méd., juillet 1921, p. 34.
- Contribution à l'étude de l'enc. léth. R. N. 1921, n° 1.
- L'enc. léth. et la grossesse. R. N. 1922, n° 11.
- Martin (J.-F.), Dechaume et Mallastre.* — Encéph. ép. latente démasquée par l'accouchement.
- Ann. d'An. Path. méd. Chir. Paris 1926, t. III.
- Mercier, Andrieux, Mlle Bonnaud.* — Transmission placentaire de l'enc. ép. (Bull. de l'Ac. de Méd., 31 mai 1921, p. 625).
- Modena.* — Chorée gravidique et encéphalite infectieuse (Soc. Méd. Chir. R. N. 1923, t. II, p. 161).
- Netter.* — Enseignements tirés de 70 observations d'enc. léth. (Soc. Méd. Hôp., 20 mars 1920).
- Pinard.* — A propos de la communication de M. Lepage « sur un cas de chorée gravidique » (Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. Paris, séance du 19 mai 1913).
- Poligone (J.-H.).* — Contribution à l'étude de l'enc. léth. survenant chez la femme enceinte. Thèse Paris, 1927.
- Repond.* — Grossesse à terme compliquée d'encéphalite léthargique (Revue Méd. de la Suisse Romande, 1920, XL, n° 5).
- Riche.* — De la chorée gravidique. Thèse Paris, 1921.
- Robinson (Lionel).* — Encéphalite épidémique et gestation. Thèse Paris, 1921.
- Santi.* — Enc. léth. et grossesse (R. Acad. dei Fisiocritici di Siena, 26 mars 1920).
- Triboulet.* — Du rôle possible de l'infection en chorée. Essai de pathogénie. Thèse Paris, 1893.
- Urechia (G.I.) et Eleker (N.).* — Etude anat. clin. sur un cas de

chorée aiguë graviditique (Arch. Internat. de Neurol. Paris, 1925).

Voron et Pigeaud. — Deux obs. d'encéph. au cours de la grossesse avec mort du fœtus « in utéro » (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. Paris, 1925, XIV, p. 394).



